



Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 200, Norcross, GA, 30071

Office: (404) 630-1361 / Fax: (770) 441-9177

TERAPIA DE PAREJA / HISTORIA CLINICA

I. INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Correo electrónico: _____

Las llamadas serán discretas, pero por favor indíquenos cualquier restricción: _____

En caso de que debamos llamarle, ¿podemos dejarle mensajes? Sí [] No []

Persona(s) a contactar en caso de emergencia: _____

Nombre

Teléfono

Sólo contactaremos a esta persona si creemos que es una emergencia extrema. Por favor, indique que podemos hacerlo: Sí [] No []

¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____ ¿Cuánto tiempo en el estado de Georgia? _____

¿Ha vivido en otros estados? Sí [] No [] ¿Cuáles? _____

Referido por: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

¿Qué le motivó a buscar ayuda? ¿Por qué fue referido? Por favor, describa brevemente su(s) preocupación(es).

¿Qué estrategias intento hacer en el pasado para solucionar sus preocupaciones? ¿Cuáles funcionaron? ¿Cuáles no funcionaron?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

¿Cuánto tiempo espera estar en terapia para lograr estos objetivos? _____

III HISTORIA FAMILIAR

Estado Civil: Separado(a) Soltero(a) En pareja En una relación Divorciado Casado/a Viudo/a

Nombre de su pareja o conyugue (Si corresponde): _____ Edad: _____ País de Origen _____

Tiempo de Relación _____ Fecha del Matrimonio o inicio de convivencia: _____

Relativa satisfacción de su relación:

¿Anteriormente estuvo casado o en convivencia? Sí No

Si es así; Tiempo de duración del matrimonio o relación anterior: _____

¿Tuvo hijos en la anterior relación (s)? Sí No ¿Cuántos? _____

Enumere a todos sus hijos (en su relación actual o anterior). Si su pareja tiene hijos de una relación anterior, incluya también sus nombres en esta lista:

Nombre y apellidos	Sexo	Edad	Biológico o Adoptado	Vive con usted?	
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No

¿Quiénes viven en casa con usted? _____

Si alguna vez se divorció, ¿cuántos años tenía cuando se separó o divorció? ¿cómo le impactó eso? _____

¿Fue criado por sus padres o alguna otra persona con quien tuvo una relación significativa? Si es así, por favor describa que efectos tuvo en usted esta relación: _____

¿Cuántos hermanas y hermanos tiene? _____ ¿Edades? _____

¿Cómo es la relación con sus hermanos? _____

V. HISTORIA DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de psicoterapia o de consejería en el pasado? Sí No ¿Cuánto tiempo duró? _____

Describa el tipo de tratamiento que está recibiendo o recibió en el pasado _____

¿Ha recibido psicoterapia debido a un trastorno psiquiátrico o por abuso de drogas? Sí No

En caso afirmativo; especifique la duración y cuantos periodos fueron _____

¿Anteriormente ha tenido evaluaciones psicológicas? Sí No Motivo: _____

¿Alguna vez ha sufrido de depresión o ansiedad? Sí No

¿Ha tenido pensamientos o intentos de suicidio? Si No ¿Tiene pensamientos suicidas actualmente? Si No

¿Ha tenido pensamientos o intentos de cometer un homicidio? Si No Actualmente tiene pensamientos homicidas Si No

Si su respuesta es afirmativa a las dos anteriores preguntas, describa los hechos sucedidos y la fecha. _____

Describa brevemente una historia de Abuso, negligencia o trauma que le haya sucedido a usted: _____

¿Usted ha sido víctima de violencia doméstica a nivel físico o emocional? Sí No Si su respuesta es afirmativa, describa brevemente un episodio: _____

Describa el tipo de tratamiento que está recibiendo o recibió en el pasado por esta situación _____

VI. HISTORIA MÉDICA

Por favor, explique cualquier problema médico significativo, síntomas o enfermedades (lesiones en la cabeza u otros problemas neurológicos), que usted haya tenido o tenga _____

Medicamentos Actuales o anteriores

Nombre del Medicamento	Dosis	Propósito	Nombre del Médico que prescribe

VII. USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- ¿Fuma o usa tabaco? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántos por día? _____
- ¿Usted consume café? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántas tazas por día? _____
- ¿Usted toma alcohol? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántos tragos por día, por mes y por año? _____
- ¿Utiliza usted algún medicamento o droga sin prescripción? Si No
- En caso afirmativo, ¿cuáles son y con qué frecuencia? _____
- ¿Alguna vez ha estado en peligro o en situaciones de riesgo debido al abuso de sustancias Psicoactivas? Si No

V. HISTORIA DEL DESARROLLO

Problemas relevantes durante el embarazo, nacimiento, niñez y su adolescencia:

Marque las características que describieron su niñez o adolescencia

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niñez feliz | <input type="checkbox"/> Desórdenes de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Problemas familiares |
| <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Niñez infeliz |
| <input type="checkbox"/> Testigo de violencia entre padres | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a físicamente | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a sexualmente | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas : _____ | |

Sistema de apoyo social-familiar _____

Vida espiritual o religiosa (Lugar, años que participa, participación actual o pasada) _____

Actividades recreativas, pasatiempos e intereses personales

VI. HISTORIA EDUCACIONAL

Mencione su historial de estudios y el grado académico más alto alcanzado y lugar

VII. HISTORIA LABORAL

¿Cuáles han sido sus trabajos, cuáles eran sus funciones? (Tiempo parcial o tiempo completo, duración en esta labor). _____

¿Cuál es su trabajo actual? _____ Cuánto tiempo? _____

Satisfacción laboral :

VIII. HISTORIA LEGAL

¿Alguna vez fue arrestado/a? ¿Motivos? _____

IX. RELACION DE PAREJA

Para cada uno de los siguientes temas, por favor describa brevemente cómo maneja estas áreas de su vida:

Hablar entre ustedes, conectarse emocionalmente, pasar tiempo juntos: _____

Situaciones estresantes externas que afectan su relación _____

Problemas sin solución y atrapados _____

Romance, afecto verbal y afecto físico _____

Sexo e intimidad física _____

Cambios importantes en su vida: nacimiento, muertes, mudanzas, pérdida de trabajo, enfermedades, etc. _____

Niños y paternidad _____

Familiares y parientes políticos _____

Infidelidades y celos _____



Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE CONSEJERIA

Bienvenido al Counseling Institute of Atlanta (En español- Instituto de Consejería de Atlanta, Inc.), para recibir Servicios de Consejería Profesional. Gracias por confiar en nosotros para ayudarles con sus preocupaciones personales y/o de relación de pareja. Es nuestro deseo ayudarles en este momento de su relación. Nos honra que usted nos haya elegido como su terapeuta de parejas. Haremos todo lo posible para ayudarle a avanzar y resolver sus problemas. Por favor tome el tiempo para leer y firmar este formulario. Asegúrese de leer y entender este documento. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarle a su terapeuta.

LIMITACIONES DE SERVICIOS: Los servicios del Instituto de Consejería de Atlanta, Inc. están limitados a servicios de consejería incluyendo evaluación, consulta, terapia, e intervención terapéutica. Entiendo que los servicios de intervención pueden incluir consejería y psicoterapia. Entiendo que mi terapeuta no está garantizando una cura u ofreciendo ninguna garantía de resultados o mejora de cualquier condición.

El propósito de la terapia de pareja es para la aclaración, la reconciliación y la sanación y en momentos de la acción legal es contradictorio por definición. En estos casos, ninguna información puede ser liberada para ninguna de las partes sin el consentimiento por escrito de ambas partes porque técnicamente, la relación es el cliente. Esto hace que toda y cualquier información de las sesiones de terapia esté disponible para ambas partes de una disputa legal; Por lo tanto, encuentro en el mejor interés del proceso terapéutico que ambas partes acuerden no citar al terapeuta para ninguna de las partes en caso de un juicio de divorcio o custodia.

ASUMIR RIESGOS. La psicoterapia no se describe fácilmente en las declaraciones generales. Varía dependiendo de las personalidades del terapeuta y el cliente, y los problemas particulares que está experimentando. Hay muchos métodos diferentes que podemos usar para tratar con los problemas que usted espera abordar. La psicoterapia requiere un esfuerzo activo de su parte. Su participación activa y compromiso son importantes durante este proceso. Algunas personas pueden necesitar algunas sesiones y otras pueden necesitar más. Venga a nuestra oficina a tiempo según su cita programada. Si por alguna razón, no puede asistir, por favor háganoslo saber de antemano para que podamos usar ese tiempo con otro cliente.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Dado que la terapia a menudo implica discutir aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos. Por otro lado, la psicoterapia también ha demostrado tener muchos beneficios. La terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia, pero no hay garantías de lo que usted experimentará.

Entiendo que los beneficios potenciales de recibir servicios de consejería pueden incluir la obtención de opiniones profesionales y una mayor comprensión de mí mismo. Entiendo que los riesgos potenciales pueden incluir una validez predictiva limitada de los procedimientos de evaluación de la salud mental, posible desacuerdo con las opiniones que se me ofrecen y una posible angustia emocional con respecto a mi situación.

LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD: El contenido de todas las sesiones de terapia se considera confidencial. Tanto la información verbal como los registros escritos acerca de un cliente no pueden ser compartidos con otra persona sin el consentimiento por escrito del cliente. A pesar de que dos personas participan en la terapia de pareja, su relación de pareja es la que se considera "el cliente." Para divulgar información acerca de su terapia de parejas, necesito tener un consentimiento por escrito de ambos. En general, la ley protege la confidencialidad de todas las comunicaciones entre clientes y terapeutas. Los clientes a menudo me dan consentimiento para hablar con sus terapeutas individuales/ médicos/ psiquiatras, y / o terapeutas anteriores. Esto me ayuda a coordinar su terapia de parejas para que sea más útil para usted. Es concebible que uno de ustedes piense que mi testimonio sería útil para usted en un proceso legal, como una disputa de divorcio o custodia. Recuerde, por favor, que mi testimonio requeriría comunicados/consentimiento escritos de ambos. En la terapia de parejas, la información recibida de cualquiera de las partes a través de llamadas telefónicas, correo de voz y / o comunicación escrita por lo general no se mantendrá en secreto o confidencial, ya que esto también impide el proceso terapéutico y la relación. Durante el curso de mi trabajo con una pareja, podemos ver a uno de ustedes para una o más sesiones individuales. Estas sesiones deben ser vistas como una parte del trabajo que estamos haciendo con la pareja. Si está involucrado en una sesión de este tipo, comprenda que generalmente estas sesiones son confidenciales. Sin embargo, es posible que tengamos que compartir la información aprendida en una sesión individual con su pareja / cónyuge. Utilizaremos nuestro mejor criterio para determinar si, cuándo o en qué medida compartiremos esta información. Si es apropiado, primero daremos al compañero / cónyuge que es visto individualmente la oportunidad de hacer la revelación. Por lo tanto, si usted siente que es necesario hablar de asuntos que usted absolutamente no quiere ser compartido con su pareja / cónyuge, es posible que desee buscar los servicios de un terapeuta que puede trabajar con usted individualmente.

Esta política de "no secretos" tiene por objeto permitirme seguir tratando a la pareja evitando, en la medida de lo posible, un conflicto de intereses. Por ejemplo, la información revelada durante una sesión individual puede ser relevante o incluso esencial para el tratamiento adecuado

de la pareja. Si no somos libres de ejercer nuestro juicio clínico con respecto a la información que se comparte en una sesión individual, podemos estar situados en una situación en la que tenemos que terminar el tratamiento de la pareja. Esta política tiene por objeto evitar la necesidad de dicha terminación.

También hay algunas situaciones en las que estamos legalmente obligados a proteger a alguien, incluso si eso implica revelar cierta información sobre el tratamiento de un cliente. 1. Abuso de Niños y Adultos Vulnerables: Si creo que un niño, una persona anciana o una persona discapacitada está siendo abusada, la ley nos requiere reportar el caso con la agencia estatal apropiada. 2. Deber de advertir y proteger: Si considero que un cliente mío está amenazando serios daños corporales a otra persona, se me puede requerir que tome medidas protectoras, que pueden incluir notificar a la víctima potencial, notificar a la policía o buscar la hospitalización apropiada. 3. Si un cliente mío amenaza con dañarse a sí mismo, es posible que se le exija que solicite la hospitalización para ese cliente o que se comunique con familiares u otras personas que puedan ayudar a brindar protección.

De vez en cuando, me parece útil consultar con otros profesionales sobre una situación en la terapia. En estas consultas, evito revelar la identidad de mis clientes. Por lo general, les informaré de estas consultas.

Este es un expediente de salud mental del paciente / examinado o cliente estrictamente confidencial. La divulgación o transferencia sin el consentimiento por escrito del cliente o del examinado está estrictamente prohibida, excepto según lo permitido por la ley.

El cliente entiende que la comunicación segura y privada no puede ser completamente garantizada a través de teléfonos celulares y correo electrónico. Es la decisión del cliente de comunicarse, o no, a través de estas tecnologías "no seguras". Si el cliente usa estas tecnologías "no seguras" para comunicarse con el consejero, el consejero se comunicará con el cliente a través de estas tecnologías "no seguras", hasta que el cliente indique lo contrario. Por favor, indique qué tipo de comunicación es permitida:

Comunicación vía teléfono o teléfono celular _____	Comunicación vía mensaje de voz _____
Comunicación vía fax _____	Comunicación vía e-mail _____
Comunicación vía mensaje de texto _____	Comunicación vía teleconferencia _____

TERMINACIÓN DE LA TERAPIA: Cada etapa de la terapia tiene ramificaciones importantes para la motivación, el crecimiento y la autoestima del cliente. La terminación, el final de la terapia, es una parte del desarrollo de la relación terapéutica. Un cliente que pierda más de dos sesiones sin notificar al terapeuta debe ser visto como iniciar una terminación prematura. El personal del Instituto de Consejería de Atlanta, Inc., intentará ponerse en contacto con usted, pero su caso será terminado / cerrado si no recibimos respuesta de usted. Si se siente mejor o planea no volver a la terapia, es importante que venga a una sesión final, para que podamos discutir las razones que llevaron a la decisión, el curso de la terapia y cualquier referencia pertinente. Un caso se considera terminado cuando ya no hay contacto sostenido regular después de un plan de tratamiento especificado.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO: Entiendo la información anterior y / o he discutido cualquier pregunta relacionada con la información anterior a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en no citar los registros de terapia en caso de un procedimiento legal.

Al firmar este acuerdo, estoy de acuerdo con los términos y condiciones aquí descritos y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y / o discutir preocupaciones.

POLITICA DE PAGO: Nuestros honorarios se basan en una hora terapéutica de 50 minutos para los servicios de psicoterapia. Como formas de pago, aceptamos dinero en efectivo o tarjetas de crédito / débito. No aceptamos cheques. Si no cancela su cita dentro de dos días de antelación, se le cobrará la cantidad total de la sesión. Tendrá que pagar esa sesión al comienzo de su próxima cita o llamarnos para proporcionar la reprogramación de su tarjeta. Intentaremos comunicarnos con usted dos días antes para recordarle su cita, pero es su responsabilidad cancelar o reprogramar la cita a tiempo.

Firma: _____ Fecha: _____



Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

CANCELACION Y PÉRDIDA DE SU CITA

Si usted no cumple con cancelar su cita, nosotros no podremos utilizar este tiempo para poder ayudar a otro cliente y en consecuencia usted tendrá que pagar la totalidad del costo de la sesión por la cita perdida.

Usted tendrá que pagar por cualquier cita que no cancele con 2 días de anticipación.

Se le enviará una factura por no presentarse a su sesión sin cancelar a tiempo.

Gracias por su comprensión y cooperación.

Mi firma abajo acepta que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta regla.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

AVISO DE MANEJO PRIVADO DE SU INFORMACION CONSENTIMIENTO ESCRITO

Hemos recibido del Counseling Institute of Atlanta, Inc. una copia de Prácticas y Políticas para Proteger la Privacidad de Información de su Salud. Este aviso detalla las políticas para proteger la privacidad de la información personal de mi salud. Damos consentimiento para usar y compartir información protegida sobre mi salud mental al Counseling Institute of Atlanta, Inc., con el propósito de ofrecerme tratamiento, obtener pagos por los costos ocasionados para el cuidado de mi salud mental, y/o conducir otros servicios de consejería.

Comprendemos que podemos hacer preguntas y discutir cualquier preocupación que podamos tener sobre estas políticas y prácticas con el personal del Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____